

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 102

LES
MÉTASTASES CUTANÉES
DES CANCERS VISCÉRAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 mars 1930

PAR

André-Jean-Eugène QUETIN

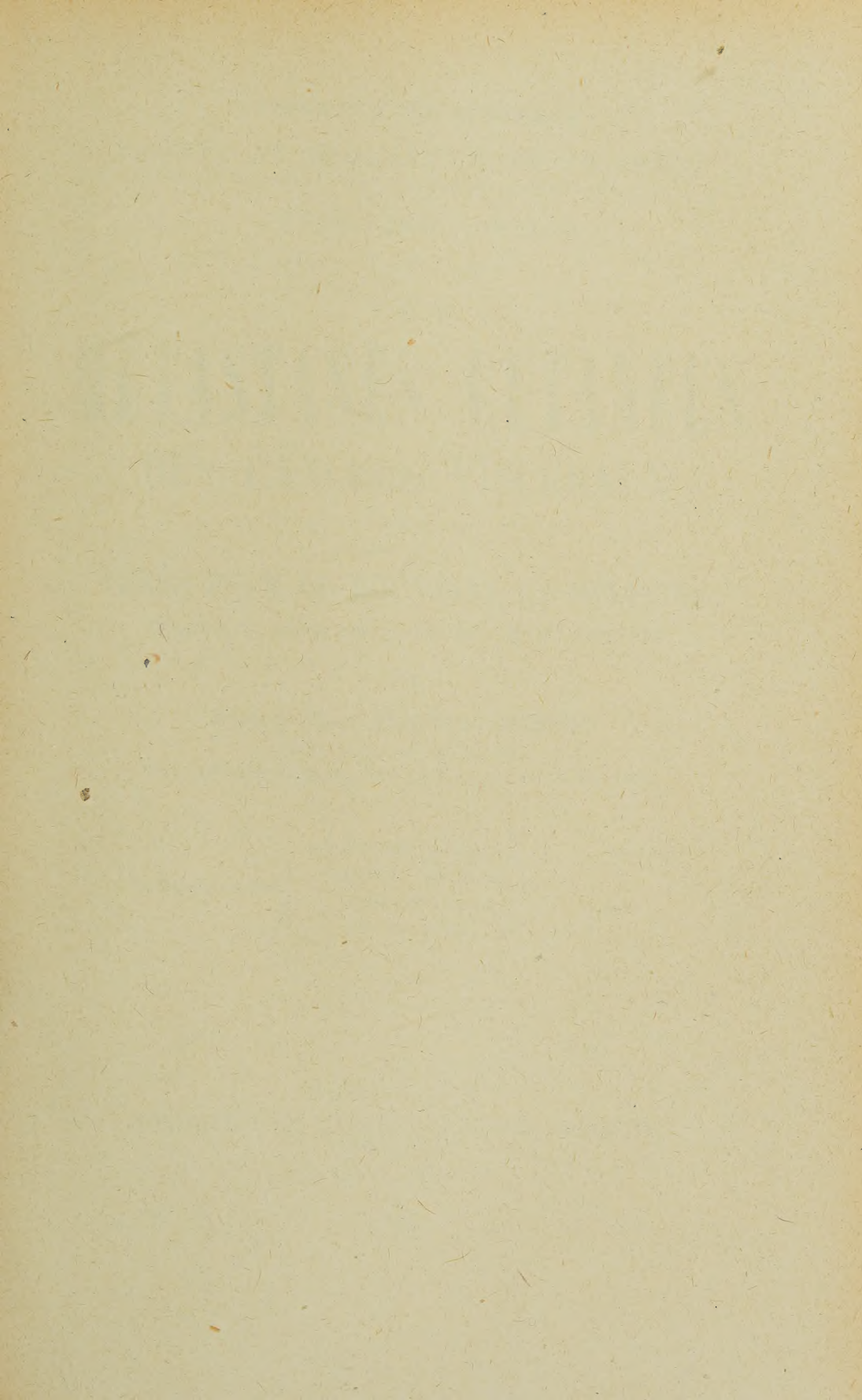
EXTERNE ET LAURÉAT DES HÔPITAUX

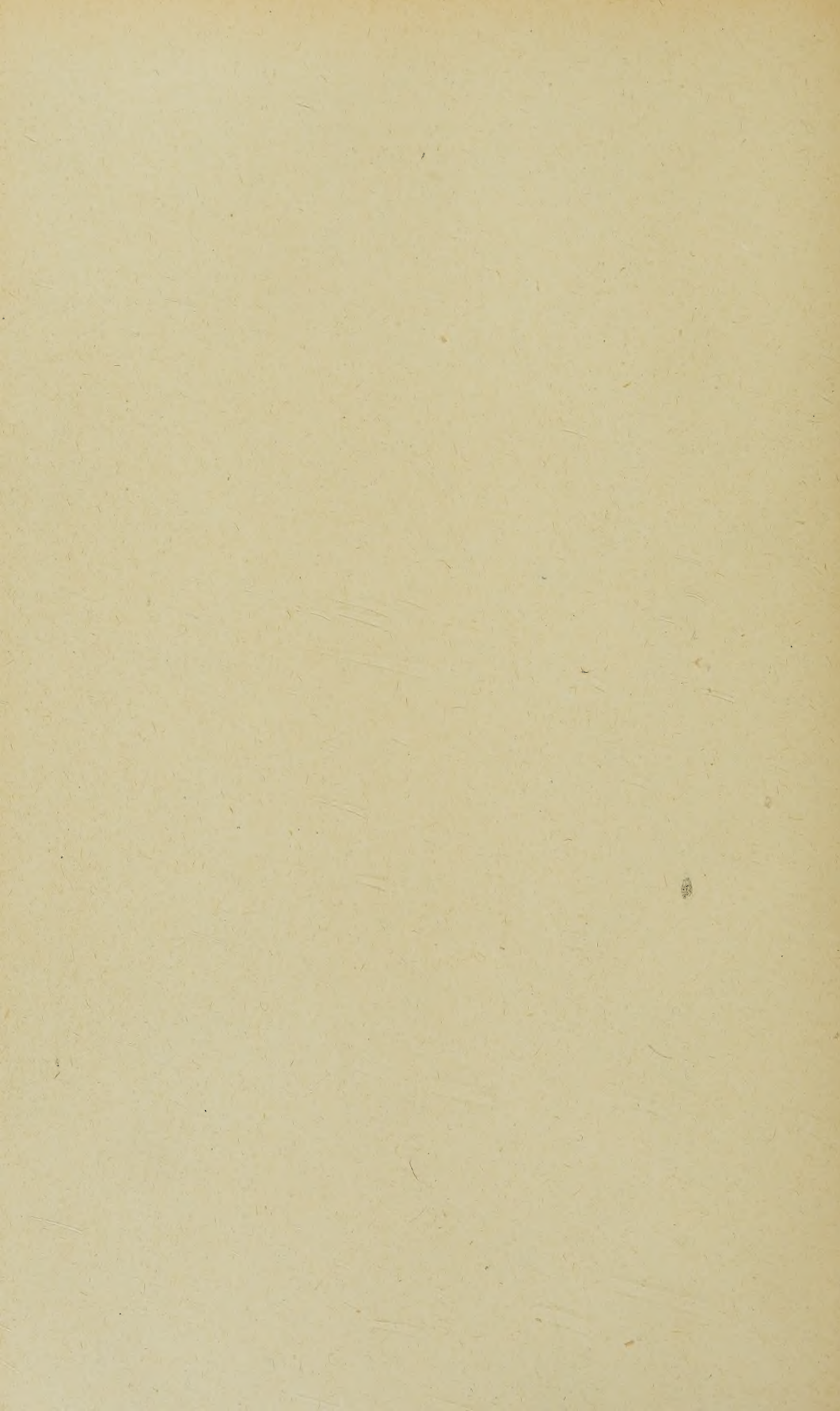
Né à NÉGREPELISSE (Tarn-et-Garonne), le 30 mai 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		BONNIN, professeur.....	{ Juges.
		AUBERTIN, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 102

LES
MÉTASTASES CUTANÉES
DES CANCERS VISCÉRAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 mars 1930

PAR

André-Jean-Eugène QUETIN

EXTERNE ET LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à NÉGREPELISSE (Tarn-et-Garonne), le 30 mai 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM PETGES, professeur.....	<i>Président.</i>
		BONNIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		AUBERTIN, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.	VERGER	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	CASSAET	Médecine expérimentale	MAURIAC
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.	DENIGES.
Anatomie.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.		

MM DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Histologie.	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.	CAVALIÉ.	Puériculture.	N.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie.	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE — A MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES SOEURS — A MES FRÈRES

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MA BELLE-FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL DUMÉRY

*Officier de la Légion d'honneur,
Médecin-chef de la place de Limoges.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur honoraire,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

C'est avec un sentiment de bien vive reconnaissance que nous inscrivons votre nom en tête de ce modeste travail.

Vous nous l'avez inspiré et c'est grâce aux conseils toujours si bienveillants que vous n'avez cessé de nous prodiguer que nous avons pu le mener à bien.

De notre passage dans votre service nous gardons un souvenir impérissable. Trouvez ici l'hommage de notre respectueuse admiration et de notre profonde gratitude.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de respectueuse gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer et le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

LES

MÉTASTASES CUTANÉES

DES CANCERS VISCÉRAUX

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur W. Dubreuilh, une malade présentant une localisation secondaire au cuir chevelu d'un cancer du sein, dont nous rapportons l'histoire détaillée dans les pages qui suivent. Il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature ce qui avait été publié sur la question jusqu'à ce jour. Nous avons été frappé non pas tant par la rareté de cas semblables, que nous avons trouvés rapportés en nombre assez important surtout par les écoles française et allemande, que par le peu de déductions pratiques que les auteurs avaient tiré de ces observations, la plupart présentant le cas à titre de pure curiosité.

C'est à la suite de cette constatation que nous avons décidé d'envisager la question d'un point de vue plus pratique, et d'entreprendre un travail d'ensemble dans lequel nous nous sommes fixé comme but de rechercher si, dans certains cas tout au moins, la constatation de métastases cutanées ne pourrait pas fournir au clinicien des renseignements précieux pour établir le diagnostic de la tumeur primitive ignorée, ou pour sou-

ligner sa nature maligne. Outre cette question de valeur séméiologique, nous avons envisagé la valeur pronostique de telles manifestations ainsi que leurs indications thérapeutiques.

La première condition, pour tirer de ces métastases tous les enseignements qu'elles comportent, était de fixer leur symptomatologie. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans le deuxième chapitre de ce travail.

Notre étude comprendra donc :

- CHAPITRE I. — *Historique.*
— II. — *Observations.*
— III. — *Symptomatologie.*
— IV. — *Diagnostic.*
— V. — *Valeur séméiologique.*
— VI. — *Valeur pronostique.*
— VII. — *Indications thérapeutiques.*

CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui ont publié des observations sur les métastases cutanées des cancers viscéraux insistent, dans leurs conclusions, sur la rareté de ces localisations.

Sont-elles si rares qu'on veut bien le dire en général ?

Dans une statistique riche de 12.730 autopsies de malades morts en présentant des métastases cancéreuses, Krasting ne relève pas une seule métastase à la peau. De son côté, Riechelmans, se basant sur 741 autopsies semblables, arrive aux mêmes constatations. Redlich, examinant 496 cas, trouve deux observations de métastases à la peau, ce qui donne une proportion de 0,4 p. 100. Heimann en relève lui aussi deux observations, après avoir examiné 20.000 cas, ce qui ramène le pourcentage à 0,01 p. 100.

Si l'on accordait plein crédit à ces statistiques, il serait vraiment téméraire de vouloir attribuer une importance quelconque aux métastases cutanées des cancers viscéraux.

Il faut considérer, toutefois, qu'il s'agit là de lésions avec lesquelles le malade vit longtemps en bonne intelligence. Les ignorant souvent, il n'attire que rarement sur elles l'attention de l'observateur, et seule une recherche attentive et méthodique arrivera à déceler ces petits nodules, ne faisant souvent aucune saillie sous une peau saine en apparence et évoluant pendant longtemps dans l'indolence la plus complète. Nous sommes porté à croire que c'est par suite de cette évolution si souvent insidieuse que les nodules métastatiques cutanés ne sont que rarement signalés dans les autopsies, au cours desquelles on a

l'habitude de ne pas examiner la peau, dont on se débarrasse rapidement, pour atteindre les viscères.

Nous croyons donc que les statistiques publiées jusqu'à ce jour doivent être abandonnées. Ce qui semble confirmer notre opinion, c'est que nous avons pu assez facilement réunir 78 observations dans lesquelles les lésions cutanées se sont imposées à l'examen; la littérature serait certainement beaucoup plus riche de cas de ce genre si l'on recherchait le nodule cutané aussi méthodiquement que l'on palpe les ganglions.

Nous éliminerons d'emblée de notre étude les cas où la localisation cutanée est apparue au cours de l'évolution d'un cancer viscéral connu et reste un épiphénomène sans importance, pour ne nous occuper que des cas où la métastase à la peau a révélé le néoplasme profond ou, du moins, apporté une aide précieuse pour affirmer un diagnostic hésitant.

Au cours de nos recherches, nous avons été frappé par le nombre des auteurs qui se sont préoccupés de l'étude du cancer secondaire de l'ombilic, et qui ont cherché à établir sa valeur séméiologique et pronostique. Nous ne nous y arrêtons pas, cette localisation très spéciale dépassant le cadre de notre travail. Nous avons tenu, toutefois, à souligner le contraste vraiment frappant entre l'importance que l'on a attribuée, à juste raison d'ailleurs, à cette localisation ombilicale et l'extrême rareté des travaux d'ensemble sur la question des métastases à la peau. Comme nous le faisons remarquer plus haut, nous avons réussi à réunir un nombre assez considérable d'observations, mais il s'agit dans la grande majorité des cas de travaux purement analytiques desquels les auteurs n'ont en somme tiré aucune conclusion. Nous en exceptons cependant l'étude de M. Babes et G. Stoicesco, publiée en 1895 dans le *Progrès Médical*. Dans cette étude, les auteurs ont envisagé avec quelque détail « le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées ». Dans leur travail, ils rapportent 2 observations fort intéressantes, que nous reproduisons ci-dessous, et leur conclusion mérite d'être retenue : « Ces métastases sont

tellement caractéristiques que leur examen n'a laissé aucun doute sur la présence d'un cancer viscéral et nous a indiqué le siège probable de la lésion primitive. » C'est là le seul travail d'ensemble méritant vraiment ce nom que nous ayons pu découvrir. Encore se limite-t-il au diagnostic histologique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS.

Sur les 78 observations que nous avons pu réunir, il en est un certain nombre qui ne présentent qu'un intérêt secondaire. Aussi nous a-t-il paru nécessaire de les éliminer pour n'en retenir que 24 qui présentent pour notre étude un intérêt remarquable que nous nous proposons de faire ressortir au fur et à mesure de leur énumération.

OBSERVATION I.

M. MERKLEN (1876), *Métastase cutanée d'un cancer latent de l'estomac généralisé au médiastin.*)

Il s'agit d'un homme de 68 ans, qui entre, le 31 mai 1876, dans le service de M. Millard parce qu'il souffre depuis trois semaines d'une douleur sourde et persistante à l'intérieur de la cage thoracique, au niveau du mamelon gauche.

Un examen complet du malade fait penser à une pneumonie latente des vieillards avec de grosses réserves par suite de l'absence de tout signe sthétoscopique.

Le 12 juin 1876, M. Millard découvre sur le thorax, l'abdomen et le dos, de petites nodosités dures, du volume d'une lentille, mobiles avec la peau et paraissant siéger dans son épaisseur. Il les considère comme de nature carcinomateuse, et, en raison de la douleur qui persiste du côté droit, conclut à l'existence d'un cancer intrathoracique. Mort, le 16 juin 1876, dans un état d'adynamie profonde.

L'autopsie vient confirmer le second diagnostic en montrant un cancer de l'estomac, siégeant sur la petite courbure, et paraissant être le point de départ d'une généralisation viscérale étendue, intéressant particulièrement les organes du médiastin.

A la discussion de ce cas devant la Société anatomique de Paris,

M. Millard tient à souligner que ce n'est qu'après la constatation des nodules cancéreux cutanés qu'il pensa, pour expliquer les douleurs, à un cancer intrathoracique et il conclut que ce signe cutané peut être suffisant pour poser un diagnostic de cancer viscéral latent. Charcot rappelle, dans le même ordre d'idée, qu'il fut appelé à faire un diagnostic de cancer vertébral à la suite de la découverte de petits nodules métastatiques cutanés.

En juin 1889, le Professeur W. Dubreuilh publie à Bordeaux une observation très intéressante qui justifie l'opinion émise quelques années plus tard, en 1908, par Karl Reitmann, assistant de la clinique dermatologique de Vienne, opinion qu'il énonce en ces termes :

« Il arrive parfois que la tumeur primitive passe inaperçue; il appartient alors au dermatologiste d'en poser le diagnostic, *ce qui n'est pas toujours facile.* »

OBSERVATION II.

(Professeur W. DUBREUILH, *Métastases à la peau d'un cancer latent du col de l'utérus.*)

Femme de 56 ans, en traitement à la Maison de santé protestante de Bordeaux, depuis avril 1888, pour mauvais état général et ulcère de jambe.

Depuis janvier 1889, on avait remarqué sur la poitrine, et sur le sein gauche surtout, de petites tumeurs, dures, enchâssées dans la peau du volume d'un grain de chènevis et faisant une légère saillie.

Le 4 mars 1889, survient une crise épileptiforme avec cyanose de la face et de la main droite. On s'aperçut après la crise que le côté droit du ventre était envahi par une éruption de grosses nodosités d'un rouge violacé qui n'existaient pas le matin même. Ces nodules atteignaient le volume d'une noisette et paraissaient se développer à vue d'œil sur le ventre, du même côté. A la suite d'une nouvelle crise semblable dans la soirée, une nouvelle éruption apparut, en tous points semblable à la première, sur la racine de la cuisse gauche et sur le côté gauche du ventre, en même temps que s'installait une hémiplégie droite.

Le 6 mars, l'éruption, constituée de nodules allant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une noisette, tous enchâssés plus ou moins profondément dans la peau et d'une consistance très dure, occupe la partie inférieure du tronc et la partie supérieure des deux cuisses. La peau du sein gauche est également envahie. Il existe de l'adénopathie cervicale et bi-inguinale. Mort le 9 mars, après de nouvelles crises, dans un état d'hébétude prononcé.

A quoi pouvait-on penser en présence d'un tel tableau. « Ces nodules durs, infiltrés et pigmentés de noir, dit le Professeur W. Dubreuilh, me faisaient penser au sarcome primitif de la peau; mais la brusquerie de l'éruption et sa localisation m'empêchaient de m'arrêter à ce diagnostic auquel je n'en avais cependant pas de meilleur à substituer. » L'autopsie devait d'ailleurs fournir des renseignements précieux. On trouva, en effet, un cancer du col de l'utérus manifeste, qui ne s'était révélé, pendant la vie, par aucun trouble fonctionnel.

L'examen microscopique montra d'ailleurs l'identité de structure de la lésion utérine et des lésions cutanées.

Il s'agissait d'un cancer alvéolaire du col de l'utérus, avec métastases au niveau de la peau.

Ce n'est qu'en 1895 que MM. Babès et Stoïcesco, professeurs à la Faculté de médecine de Bucarest, posèrent nettement la question en publiant un article sur le *Diagnostic du cancer des viscères par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées* dans lequel ils rapportent deux observations intéressantes :

OBSERVATION III.

(V. BABÈS et G. STOÏCESCO, *Métastases cutanées d'un cancer du Cardia.*)

Homme de 45 ans, entre, le 29 avril 1893, dans le service de M. Stoïcesco, porteur de petits nodules discrets sous la peau. Ces nodules ont fait leur apparition au mois de février de la même année. Ce sont des formations grosses comme un grain de millet ou comme un pois, dures, mobiles dans l'épaisseur de la peau et

sous la peau. Elles sont répandues sur toute la surface du corps; on en trouve sur le front, dans les régions sus et sous-claviculaires, thoracique antérieure, dans la paroi abdominale, dans les lombes, sur les cuisses, les jambes, les membres supérieurs.

Depuis l'automne 1892, le malade a perdu l'appétit, s'est progressivement amaigri et signale l'existence de douleurs très vagues dans l'abdomen. En février dernier, il a commencé à vomir, vomissements survenant aussitôt après les repas; jamais d'hématémèses ni de méléna.

Rien d'important à signaler par ailleurs.

On fait une biopsie portant sur l'un des nodules cutanés.

Le microscope en confirme la nature carcinomateuse et en montre le caractère métastatique, ayant pour point de départ un carcinome glandulaire et tubulaire. La coexistence de troubles gastro-intestinaux et d'émaciation profonde fait localiser sur le tube digestif le néoplasme primitif.

La mort survient le 29 avril. L'autopsie vient confirmer le diagnostic en montrant l'existence d'un cancer de la région du cardia. Le microscope montre qu'il s'agit bien d'un carcinome glandulaire de l'estomac.

OBSERVATION IV.

(V. BABÈS et G. STOÎCESCO, *Métastases hypodermiques
d'un cancer du col de l'utérus.*

Femme de 42 ans, entre, le 6 novembre 1893, dans le service de M. Buicli, présentant des tumeurs sous-cutanées, irrégulièrement répandues sur tout le corps, consistantes, de volume variable. Il en existe sur la face interne de la cuisse gauche, sur l'abdomen, le cou, la nuque, le dos et les bras.

La plus ancienne est grosse comme une noix, adhérente à la peau susjacente qui est violacée et douloureuse.

En janvier, métrorragies, qui ont disparu au bout de six mois sans aucun traitement et n'ont plus reparu depuis. Toutefois, la malade accuse des douleurs abdominales, exagérées par l'ingestion d'aliments. Jamais de vomissements ni de nausées. Aucun antécédent héréditaire morbide.

Il est fait une biopsie d'un des nodules sous-cutanés.

Le microscope montre qu'il s'agit d'une métastase d'un cancer glandulaire.

Le toucher vaginal décèle, en effet, un cancer du col de l'utérus ayant envahi les culs-de-sac vaginaux.

Mort le 2 décembre. L'autopsie permet l'examen microscopique de la tumeur utérine qui confirme le diagnostic et la constatation de métastases viscérales nombreuses.

Les auteurs insistent, dans leurs conclusions, sur l'intérêt pratique de ces métastases : « Ces métastases sont tellement caractéristiques que leur examen n'a laissé aucun doute sur la présence d'un cancer viscéral et nous a indiqué le siège probable de la néoplasie primitive. »

Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Il est évident que dans les deux observations qui précèdent, le diagnostic de la nature de l'éruption cutanée, d'une part, et celui de la tumeur primitive, d'autre part, fut grandement facilité par l'existence de troubles digestifs marqués dans un cas et des métrorragies dans l'autre, troubles accompagnés de cachexie accentuée. Dans l'observation II, par exemple, le problème du diagnostic se posait d'une façon bien différente. Le caractère anormal de l'éruption, ainsi que l'absence totale d'expression clinique de la tumeur primitive, plongeaient l'observateur dans une obscurité profonde. Dans ces cas, cependant, la biopsie apportera une notion précieuse et permettra, le plus souvent, d'entrevoir la solution et d'arriver par étapes à un diagnostic précis.

Encore faudra-t-il que l'évolution ne soit pas trop rapide et donne le temps nécessaire aux investigations du laboratoire.

OBSERVATION V.

(Charles LÉVI, 1897, *Nodule épithéliomateux de la peau
secondaire à un cancer de l'œsophage.*)

Homme de 48 ans, entré, le 9 janvier 1897, dans le service du Professeur Landouzy. Il est porteur d'un rétrécissement de l'œsophage très net, dont on ne peut préciser la nature.

Au mois de mai apparaît, au tiers inférieur de la jambe gauche, une tumeur sous-cutanée que l'auteur considère comme une métastase cancéreuse et qui lui fait affirmer la nature néoplasique du rétrécissement œsophagien. Mort le 2 juin.

L'autopsie confirme le diagnostic. Le microscope montre un cancer pavimenteux de l'œsophage. Le nodule sous-cutané est bien un nodule métastatique.

Dans ce cas, le diagnostic de sténose œsophagienne était nettement posé. La nature de ce rétrécissement n'avait pu être précisée; l'auteur pensait bien à un cancer, sans toutefois être très affirmatif, jusqu'au jour où l'apparition de la métastase à la peau vint signer la nature de la lésion primitive.

OBSERVATION VI.

(J. CHAILLOUS, 1897, *Epithélioma des capsules surrénales avec noyaux secondaires à la peau.*)

Homme, 27 ans, entre dans le service de M. Michaux pour tumeurs multiples de la peau avec exophtalmie droite.

En juillet 1897, le malade remarqua l'existence d'un nodule dur au-dessus du mamelon gauche. Dans la suite, des nodules semblables firent leur apparition près du mamelon droit, dans la paroi abdominale, au niveau du creux poplité droit, à la face externe de la jambe gauche.

Le 2 août, M. Richelot fait l'exérèse de ces nodules. En septembre, récidive dans la cicatrice hypogastrique. L'exophtalmie ne fait son apparition qu'en octobre.

En novembre, il existe des nodules à la face, aux cuisses et aux jambes; ce sont de petites tumeurs incluses dans la peau, ne faisant aucune saillie, dures et indolentes. L'état général est satisfaisant.

Le malade a conservé son appétit.

Mort, le 14 novembre 1897, après avoir présenté du délire, une langue rôtie, une haleine fétide et une température constante entre 39 degrés et 40 degrés.

L'autopsie fit découvrir une tumeur bilatérale des capsules

surrénales, présentant l'aspect macroscopique d'un épithélioma. L'examen microscopique des pièces confirma le diagnostic d'épithélioma des capsules surrénales. Les noyaux cutanés étaient bien de nature néoplasique et présentaient ceci de particulier que leur partie profonde était bourrée de cellules polygonales. Après examen des pièces, M. Gombault conclut à l'existence d'un épithélioma des capsules surrénales, avec localisation secondaire à la peau.

Le diagnostic du siège de la tumeur primitive a-t-il été fait pendant la vie du malade ? Nous ne le savons pas. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que le néoplasme primitif était absolument latent alors que les métastases à la peau dominaient de beaucoup le tableau. D'autre part, l'examen microscopique de ces nodules cutanés montra la présence de cellules polygonales qui permettaient, par voie d'élimination, de se rapprocher du diagnostic.

OBSERVATION VII.

(LUSTGARTEN, 1897, *Carcinome secondaire de la peau consécutif à un cancer latent du rectum.*)

Homme se présentant avec un certain nombre de petites tumeurs cutanées, disséminées un peu partout sur le corps. L'apparition de ces néoformations remonte à trois semaines environ. Depuis deux mois, le malade présente de la diarrhée avec perte de l'appétit. C'est un alcoolique et un gros fumeur. Le toucher rectal permet de découvrir un cancer du rectum.

L'examen microscopique montra que la tumeur du rectum et les nodules cutanés présentaient les mêmes caractères.

OBSERVATION VIII.

(L.-G. SIMON, 1900, *Cancer ignoré du rectum. Métastases à la peau.*)

Il s'agit d'un homme qui entre dans le service du Docteur Hippolyte Martin-Roux, en septembre 1899, pour diarrhée rebelle durant de plusieurs semaines. Par suite d'antécédents très chargés, on pense à une tuberculose intestinale.

Quelques jours plus tard, on constate l'existence de 3 petits nodules sous-cutanés de la grosseur d'un pois sur les parois latérales du thorax et de l'abdomen, adhérents à la peau sus-jacente, mobiles sur les plans profonds, absolument indolents. Ils sont considérés comme de nature carcinomateuse et leur caractère métastatique fait rechercher la tumeur primitive.

La coexistence de la diarrhée dirige l'examen vers le tube digestif et le toucher rectal fait découvrir, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anus, un rétrécissement bourgeonnant très caractéristique.

Par la suite, les nodules ne firent que se multiplier et la mort survint dans la cachexie.

L'examen microscopique des pièces permit de confirmer le caractère des nodules cutanés; ils reproduisaient exactement les lésions de la tumeur du rectum qui n'était autre qu'un épithélioma colloïde diffus.

En 1908, Karl Reitmann publie un article sur les carcinomes de la peau secondaires à un cancer des viscères, dans lequel il apporte plusieurs observations intéressantes.

OBSERVATION IX.

(Karl REITMANN, *Métastases à la peau d'un cancer latent de l'estomac*).

Femme de 33 ans qui présente depuis quarante jours de petits nodules cutanés, durs, de dimensions variables, disséminés dans la peau du sein gauche et de la paroi abdominale. Il existe, depuis un mois environ, des troubles digestifs vagues avec perte de l'appétit.

On fait une biopsie portant sur un des nodules cutanés, qui dévoile son identité et présente la même structure qu'un cancer de l'estomac.

La mort survient six mois après, et l'autopsie permet de confirmer le diagnostic de la tumeur gastrique.

OBSERVATION X.

(Karl REIMANN, *Nodules cutanés épithéliomateux consécutifs à un cancer latent de l'estomac.*)

Homme de 32 ans, se plaignant d'avoir constaté, il y a quelque temps, une petite tumeur cutanée indolente au creux épigastrique, suivie, au bout de quelques semaines, d'une véritable invasion de petits nodules cutanés (100 environ) disséminés sur l'abdomen, le dos, le cuir chevelu, la face et les extrémités. Ces nodules sont très adhérents à la peau, qui, normale au début, finit par s'ulcérer.

En outre, le malade souffre de l'estomac depuis deux ans, sans modifications de l'état général.

L'auteur ne nous dit pas si le diagnostic du cancer de l'estomac fut posé, — on devait cependant y songer, — et le microscope vint confirmer cette opinion en montrant l'existence d'un squirrhe de l'estomac, de structure absolument analogue à celle des nodules cutanés.

OBSERVATION XI.

(BOINET et OLMER, *Métastases hypodermiques d'un cancer de l'estomac latent, généralisé à la plèvre.*)

Il s'agissait d'un malade, porteur de noyaux cancéreux sous-cutanés, qui révélèrent un carcinome de l'estomac absolument latent et la nature néoplasique d'une pleurésie concomitante.

OBSERVATION XII.

(A. RÜSELER, *Métastases à la peau d'un cancer de l'estomac ignoré.*)

Femme de 48 ans ayant présenté, environ six mois avant sa mort, une véritable éclosion de petits nodules cutanés, disséminés un peu partout sur le corps. Ce n'est que dans les dernières semaines de la vie qu'apparurent des signes de cancer de l'estomac, vérifié à l'autopsie.

Malheureusement, cette observation n'est suivie d'aucun examen microscopique, mais nous sommes persuadé qu'il eût été concluant.

OBSERVATION XIII.

(KAYSER, *Cancer du rectum généralisé à la peau.*)

Femme de 57 ans, pour laquelle on pensait à un néoplasme du côlon gauche, sans cependant pouvoir rien affirmer. Quatre mois plus tard, la malade présente des nodules cutanés dont le nombre va croissant tous les jours. Cette constatation vient affirmer la malignité de l'affection intestinale. Une biopsie montre qu'il s'agit bien d'une métastase à la peau, d'un cancer alvéolaire à cellules rondes. L'autopsie vient confirmer cette façon de voir en montrant un cancer haut situé du rectum qui présente les mêmes caractères histologiques que les tumeurs cutanées.

OBSERVATION XIV.

(R. BRANDEIS et POUGET, Bordeaux, 1910, *Tumeurs cutanées pulsatiles, du type périthéliome, secondaires à un cancer du rein.*)

C... (Julie), 68 ans, entre, le 28 janvier 1909, dans le service du Professeur W. Dubreuilh pour une petite tumeur du pouce droit et d'autres tumeurs analogues siégeant à la racine de la cuisse droite, sur le cuir chevelu et le bras droit. Le début de l'affection remonte à deux mois et demi environ et s'est fait par l'apparition, au niveau du pouce et de la cuisse droite, de petites plaques rouges, infiltrées, qui ont grossi progressivement sans douleur.

Il y a deux ans, la malade a présenté des hématuries sans douleurs. Rien à signaler par ailleurs.

A l'examen, toutes ces lésions cutanées présentent les mêmes caractères. Ce sont des élevures plus ou moins accentuées, dures et présentant ceci de particulier qu'elles sont le siège de battements. Elles sont plus ou moins adhérentes aux plans voisins.

Une radiographie du pouce montre que la 2^e phalange est entièrement détruite par la tumeur, alors que la 1^{re} est respectée.

Sur le reste de la peau rien d'anormal. L'examen des viscères abdominaux n'est pas possible par suite de l'obésité du sujet.

Le 20 juin, amputation du pouce (D^r Guyot), puis la malade est

perdue de vue jusqu'en décembre 1909, date à laquelle elle revient dans le service.

Dans la nuit du 26 au 27 décembre, il se produit une fracture spontanée du fémur gauche au tiers supérieur.

On extirpe les tumeurs cutanées, qui sont soumises à l'examen histologique.

S'agit-il d'une néoplasie épithéliale ou conjonctive ? Les auteurs affirment la nature conjonctive de ces néoformations. Quel est alors le siège de la tumeur primitive ?

S'agit-il d'une néoplasie cutanée primitive propagée secondairement aux os et au rein ? Non, il n'en existe aucun exemple. S'agit-il, alors, d'une manifestation cutanée secondaire à une tumeur du fémur ? Pas davantage; d'ailleurs, les accidents du fémur sont trop tardifs. Les os du pouce ne paraissent pas devoir être mis en cause si l'on considère l'apparition simultanée de deux lésions semblables anatomiquement et cliniquement au pouce et à la fesse. Et les auteurs concluent à un cancer primitif du rein, tumeur angiosarcomateuse, du type périthélial avec noyaux secondaires à la peau, se basant sur ce fait que la structure de ces nodules reproduit en tous points celle du cancer à cellules claires du rein.

Malheureusement, l'autopsie ne put être faite et seules les hématuries répétées témoignent d'une lésion rénale.

Ainsi, par le seul examen histologique des lésions cutanées, on put affirmer le diagnostic de cancer du rein et en déterminer la nature.

OBSERVATION XV.

(ARNING, 1912, *Tumeurs cutanées secondaires à un cancer probable de l'estomac.*)

Homme de 40 ans, pâle et amaigri, qui présente, disséminés sur toute la surface du corps, une quantité de nodules allant de la grosseur d'une lentille à celle d'un haricot, situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui ont fait leur apparition, il y a deux mois environ, sans aucune douleur. Ils ne sont adhérents ni aux plans profonds ni à la peau et présentent une certaine consistance.

L'examen histologique d'un de ces nodules montre qu'il s'agit d'adénocarcinomes. La tumeur primitive n'a cependant pas pu être localisée. Toutefois, une contracture douloureuse de l'hypocondre gauche fait penser à un cancer de l'estomac.

Laache, professeur à l'Université de Christiania, publie, en 1913, un article dans lequel il rapporte 7 observations de métastases cutanées. Elles sont loin de présenter toutes le même intérêt, et nous n'en voulons retenir que 2.

OBSERVATION XVI.

(S. LAACHE, *Métastases sarcomateuses à la peau secondaires à un cancer vertébral probable.*)

Malade de 53 ans entré à l'hôpital le 3 mars 1905 pour troubles nerveux avec coliques intestinales.

La maladie a débuté, il y a un an, par des douleurs dans le dos et la poitrine. Depuis deux mois, il est obligé de garder le lit par suite de l'irradiation de ces douleurs aux membres inférieurs.

Depuis huit jours, le malade a remarqué la présence de deux petits nodules dans la peau du cou, nodules dont le nombre n'a fait que croître depuis lors. On en trouve actuellement une quinzaine, disséminés un peu partout sur le corps.

L'examen du système nerveux amène au diagnostic de compression des racines postérieures des nerfs rachidiens. Beaucoup plus difficile est le diagnostic de la nature de cette compression. C'est alors que l'auteur pratique une biopsie portant sur l'un des nodules cutanés, qui montre qu'il s'agit d'une métastase sarcomateuse constituée, mi-partie de cellules rondes, mi-partie de cellules fusiformes.

On se trouvait donc en présence, selon toute vraisemblance, d'un sarcome vertébral. Nous regrettons que l'autopsie n'ait pu être pratiquée.

OBSERVATION XVII.

(S. LAACHE, *Cancer haut situé du rectum méconnu; métastases à la peau.*)

Homme de 46 ans qui entre à l'hôpital, le 4 mars 1912, présentant des troubles gastro-intestinaux vagues qui font poser le diagnostic assez imprécis de constipation gauche.

Comme le malade se plaint de douleurs abdominales assez violentes, on l'examine à nouveau, et l'auteur pense un moment qu'il s'agit d'un hystérique obsédé par sa constipation.

Le 27 mars, apparaissent 2 petits nodules cutanés dans la paroi abdominale. Puis leur nombre augmente progressivement. Le 1^{er} mai, ils sont au nombre de 6, dont 5 sur la paroi abdominale et 1 sur le thorax. Ce sont de petites tumeurs allant de la dimension d'une lentille à celle d'un pois, dures, absolument indolentes. Un nodule est alors excisé et envoyé au laboratoire. Il s'agit d'une métastase d'un carcinome à cellules rondes. L'auteur pose alors un pronostic très sombre, et la famille emporte la malade sans qu'une vérification quelconque ait pu être faite.

Cependant, une réaction de Weber dans les selles s'était montrée douteuse. L'auteur ne doute pas qu'une rectoscopie ait montré l'existence d'un cancer haut situé du rectum.

OBSERVATION XVIII.

(FILLIÉ, 1914, *Métastases cutanées au cours de l'évolution d'un cancer du corps thyroïde.*)

Femme de 60 ans qui entre à l'hôpital, le 12 avril 1913, pour des nodules douloureux siégeant exclusivement dans la peau des membres inférieurs. Le début de l'affection remonte à quatre mois environ.

Actuellement, ces formations, disséminées irrégulièrement sur les pieds, les jambes et les cuisses, où elles forment par endroits des amas confluents, présentent les caractères suivants : ce sont de petits nodules durs, allant de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, les uns situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, les autres enchâssés dans la peau, qu'ils soulèvent par endroits, et qui est le siège d'une desquamation abondante, en même temps qu'elle présente par endroits une coloration violacée.

A la partie médiane du cou existe une tumeur grosse comme le poing, tumeur régulière, de consistance ferme, peu mobile. On pense à une tumeur maligne du corps thyroïde sans toutefois en préciser la nature. C'est alors que l'auteur excise un des nodules cutanés pour en demander l'examen au laboratoire. Cet examen

fut d'ailleurs tout à fait négatif. Le microscope ne permit de voir qu'un amas de cellules sans aucun caractère; la lecture des coupes était absolument impossible. Cependant, une nouvelle biopsie pratiquée après la mort (18 juin 1913) montra qu'il s'agissait de métastases de nature épithéliale constituées par des cellules arrondies. Cette constatation permettait donc d'éliminer le diagnostic de sarcome auquel on avait un moment songé. L'examen de la tumeur thyroïdienne vint montrer le bien-fondé de cette opinion; il s'agissait, en effet, d'un carcinome du corps thyroïde, à structure absolument identique à celle des nodules cutanés.

Dans ce cas, la première biopsie n'apporta aucune lumière. Ce n'est qu'après la mort du malade qu'on put préciser la nature de la tumeur thyroïdienne. Le hasard seul doit être tenu pour responsable de cet incident, qui interdit au clinicien de préciser la nature de la lésion qu'il avait sous les yeux. Des faits de ce genre sont d'une telle rareté qu'il convient de n'en pas tenir compte.

A nos yeux, le deuxième examen microscopique, bien qu'il soit pratiqué après la mort, et dénué ainsi de toute valeur séméiologique et pronostique, conserve le même poids.

OBSERVATION XIX.

(O. CROUZON, H. BARUCK et J. BUREAU, 1927, *Généralisation cutanée d'un cancer de l'œsophage chez un homme jeune.*)

Homme de 21 ans, entre à la Salpêtrière pour troubles de la déglutition datant de six mois environ.

On constate, en outre, au niveau de la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, l'existence de nombreuses petites tumeurs cutanées, de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, de consistance très ferme, mobiles sur les plans profonds.

Le malade présente une dysphagie très accentuée, accompagnée de vomissements du type œsophagien très caractéristiques. La radioscopie montre un arrêt de la bouillie barytée à hauteur du diaphragme avec dilatation de l'œsophage au-dessus de l'obstacle.

Malgré le jeune âge du malade, les métastases cutanées font poser le diagnostic de cancer de l'œsophage.

Mort cinq jours après l'entrée. L'autopsie vient confirmer le diagnostic, en montrant l'existence d'une tumeur bourgeonnante de l'œsophage du type épithélioma pavimenteux. L'examen histologique des nodules cutanés n'a pas été pratiqué. Il existait en outre des métastases cardiaques et surrénales.

A la discussion de ce cas, M. Roussy tient à citer une observation personnelle.

OBSERVATION XX.

(Roussy, *Cancer latent de la prostate, diagnostiqué par ses métastases cutanées.*)

Il s'agit d'un malade chez lequel la présence de nodules cutanés innombrables de la paroi abdominale lui permit de découvrir, grâce à l'examen histologique de l'un d'eux, un cancer jusqu'alors latent de la prostate. Et l'auteur insiste sur ce que, en clinique, la méconnaissance de ces métastases peut conduire à des diagnostics erronés, que seule la biopsie pourra rétablir avec exactitude.

OBSERVATION XXI.

(*Clinique dermatologique du Professeur W. DUBREUILH, Métastase cutanée d'un épithélioma muqueux de l'estomac.*)

Le 12 décembre 1921, M. le Docteur Mougneau présente à la Société anatomo-clinique de Bordeaux un cas de métastase cutanée d'un épithélioma muqueux intéressant à plusieurs points de vue.

S... (Marie), 68 ans, se présente le 22 juin 1921 à la consultation de la Clinique dermatologique de Bordeaux pour une petite tumeur siégeant sur le front, à la limite des cheveux, survenue à la suite d'un choc contre une porte, sept ou huit mois auparavant.

Actuellement, dans la partie frontale du cuir chevelu, à droite de la ligne médiane, existe une tumeur de la grosseur d'une noix, globuleuse, fluctuante, bien limitée, indolente, soulevant la peau, qui est amincie, pâle, légèrement mobile sur les plans profonds. La ponction donne un liquide jaunâtre, un peu visqueux, clair, avec quelques grumeaux. B.-W. = + —.

Le diagnostic clinique hésite entre gomme syphilitique ou loupe.

On pratique alors une biopsie, dont l'examen est pratiqué le 12 juillet 1921 par M. le Professeur W. Dubreuilh.

Il révèle la présence au sein d'un stroma conjonctif, de cellules épithéliales muqueuses envahissant des lacunes circonscrites dans le stroma; ces cellules présentent un grand nombre de figures de mitose.

Le Professeur Dubreuilh conclut à un épithélioma à cellules cylindriques provenant de la généralisation d'un cancer de l'estomac ou de l'intestin et pris pour un kyste épidermique et opéré comme tel.

La malade, interrogée, raconte qu'elle souffrait de l'estomac depuis plusieurs mois. Elle a eu des vomissements. L'anorexie est presque complète. Elle a maigri. Pas d'hématémèse ni de méléna.

Nous avons appris que cette femme avait succombé quelque temps plus tard. A noter qu'elle se préoccupait fort peu de l'état de son appareil digestif et qu'elle était venue à la consultation pour demander conseil sur la « grosseur » qu'elle avait au front.

M. Massias se souvient d'un malade sans passé viscéral qui présentait une tumeur du quadriceps (épithélioma du type canaliculaire du pancréas).

Le Professeur Dubreuilh signale une localisation rare : tumeurs pulsatiles du pouce (dont nous rapportons l'observation d'autre part, obs. XIV). La généralisation cancéreuse se produit avec le type des cellules originelles. Il semble que la cellule devienne elle-même parasite.

M. Dubreuilh rappelle les études d'Ervoïn Smith sur le cancer des plantes. Cet auteur, inoculant des cultures sur la tige d'une plante, obtenait un cancer de la tige qui se transmettait par voie circulatoire et produisait dans les feuilles des tumeurs dont les cellules rappelaient leur type originel.

C'est sur cette constatation de la similitude des tumeurs mères et des tumeurs filles que nous nous baserons par la suite pour établir la valeur séméiologique de la métastase cancéreuse à la peau.

Cette observation nous montre en outre que, comme nous l'avons d'ailleurs déjà constaté au cours des observations précédentes, le diagnostic clinique n'est pas toujours facile. Mais, là comme ailleurs, le microscope a donné la solution en permettant d'affirmer la nature

maligne de la tumeur, son caractère métastatique, sa provenance d'un tissu à cellules cylindriques, et d'orienter ainsi les recherches vers le tube digestif sur l'état duquel la malade avait gardé le silence. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être pratiquée, mais nous en savons assez pour pouvoir affirmer qu'elle eût été concluante.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH
et de M. le Docteur BOUSQUET.)

Métastases à la peau d'un cancer de l'estomac.

C... (Louis), 58 ans, plombier, entre, le 13 mai 1926, dans le service du Docteur Bousquet, à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, parce qu'il ressent des douleurs dans la région ombilicale et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Ces troubles ont commencé il y a un an, vers le mois de mai 1925. Sur un fond permanent de pesanteur abdominale et de douleurs légères, calmées par la diète et exagérées par l'ingestion d'aliments, venaient se greffer des crises paroxystiques obligeant le malade à prendre des positions bizarres (prière de mahométan) et l'obligeant à interrompre son travail pendant plusieurs jours. Cette évolution s'accompagne d'anorexie marquée, d'amaigrissement et d'alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de vomissements, pas d'hématémèse. Pas de méléna.

Rien à signaler dans les antécédents.

Examen à l'entrée. — Léger ballonnement de l'abdomen avec circulation veineuse collatérale de la paroi. La palpation de la région ombilicale réveille une douleur exquise, sans que les doigts rencontrent rien d'anormal dans la profondeur. Toucher rectal négatif.

Rien à signaler par ailleurs.

Une *radiographie* de l'estomac, pratiquée à l'entrée, montre une évacuation normale et ne permet de déceler aucune trace de tumeur.

Repas d'épreuve (17 mai). — Hypochlorhydrie. Réaction de Meyer positive.

Examen du sang. — Anémie.

Globules rouges, 3.630.000;

Globules blancs, 6.800.

Urines. — Présence de pigments biliaires.

On pose le diagnostic de cancer probable de l'estomac, malgré le résultat négatif de l'examen radiologique.

Le 5 juin 1926, nouvelle *radioscopie* : le diagnostic paraît confirmé. Il existe, en effet, à la partie moyenne de la grande courbure, une encoche très nette et permanente dans la bouillie bismuthée.

Un examen attentif montre alors l'existence de petits nodules cutanés qui amènent le malade, le 7 juin, à la consultation du Professeur W. Dubreuilh.

Il existe de petites nodosités, la plupart sous-cutanées, quelques-unes dermo-épidermiques; ces formations ne gênent nullement le malade qui ne peut préciser leur date d'apparition. Elles ne font aucun relief et n'entraînent pas de modifications visibles des téguments.

On sent, entre deux doigts, des grains de plomb, roulant dans l'hypoderme, absolument libres par rapport aux plans sous-jacents, d'une dureté fibreuse, absolument indolores. Leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un haricot. Leur distribution n'est pas systématisée. On en trouve disséminés sur tout le tronc, les bras, mais leur abondance est particulièrement marquée au niveau de la paroi thoraco-abdominale, où on en compte facilement une vingtaine. On pose le diagnostic de nodules cancéreux métastatiques, probablement secondaires à la tumeur gastrique et on laisse au laboratoire le soin de préciser cette deuxième opinion.

Le malade est transéaté, le 6 juin, dans le service du Docteur Charrier où il est opéré le 15 juin.

Opération. — Cancer de la grande courbure de l'estomac avec adénopathies sous-pylorique, mésentérique et mésocolique, absolument inopérable.

Terminaison. — Le malade se remet de l'opération. Il meurt quelques semaines plus tard.

Autopsie impossible, le malade étant décédé dans sa famille.

Il semble que dans cette observation, la constatation des nodules cutanés n'ait apporté aucun élément pour l'élaboration du diagnostic.

Le hasard de l'exploration clinique a voulu que les métastases cutanées ne fussent découvertes qu'après le deuxième examen radiologique, qui ne laissait plus aucun doute.

Nous avons cependant tenu à relater ce cas parce qu'il nous paraît riche en enseignements.

Tout d'abord, les manifestations cutanées, bien qu'elles aient passé inaperçues, existaient certainement depuis déjà quelque temps. Leur découverte plus précoce eût dispensé le malade d'une série d'examens de laboratoire et de deux radioscopies.

S'il est facile d'avoir recours à ces moyens d'investigation en série à l'hôpital, il n'en est pas toujours de même dans la pratique journalière, ces procédés étant en général fort onéreux et nécessitant, de la part du malade, des déplacements souvent longs, auxquels il ne se résoudra que difficilement.

Pourquoi alors négliger un élément de diagnostic le dispensant de ces inconvénients ?

Dans un autre ordre d'idées, on peut considérer que, dans certains cas particuliers, la radioscopie eût été impuissante à résoudre la question. Admettons qu'aucune image ne se soit dessinée dans la masse de bouillie, la tumeur se trouvant sur la face antérieure de l'estomac par exemple. Le problème restait alors entier :

On se trouvait en présence d'un malade atteint d'une affection gastrique vieille d'un an, sans expression clinique bien caractéristique, par suite de la situation extra-orificielle de la tumeur. La découverte des métastases cutanées donnait alors la solution, en soulignant la nature maligne de la lésion gastrique jusque-là simplement soupçonnée.

De toute façon, le nodule cutané métastatique conserve sa valeur pronostique; il a permis, le diagnostic étant posé, de prévoir, malgré les apparences, une issue fatale à brève échéance. L'intervention chirurgicale s'est montrée absolument inefficace.

En admettant même que l'exérèse de la tumeur eût été possible, cela n'eût pas empêché de se poursuivre la dissémination des cellules cancéreuses, dont la métastase à distance est le signe.

OBSERVATION XXIII.

(Personnelle, inédite.)

Cancer du sein opéré. Métastase au cuir chevelu.

Ch... (Catherine), 52 ans, se présente pour la première fois, le 17 janvier 1924, à la consultation du Professeur W. Dubreuilh, à l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, pour des plaques alopéciques du cuir chevelu, datant de trois ans.

Elle a été opérée à Pau, il y a sept ans, par le Docteur Bordeneuve, d'une tumeur du sein datant de dix-sept mois. Il a été fait une amputation du sein droit, sans curettage ganglionnaire du creux axillaire. Elle a, depuis lors, subi plusieurs séances de radiothérapie sur la cicatrice.

Il y a trois ans, après un accès de fièvre, est apparue sur le sommet de la tête une plaque alopécique, grande comme 50 centimètres, sur laquelle les cheveux ont repoussé au bout de trois semaines; trois ou quatre mois après, sont apparues de nouvelles plaques alopéciques, en avant de la première.

Elles ont persisté et fini par confluer, couvrant la région frontale.

Le 17 janvier 1924, on constate une plaque à peu près alopécique, de forme ovalaire, occupant la surface d'une main, s'étendant en arrière jusqu'au sommet de la tête, en avant, à 1 centimètre de la lisière des cheveux, développée principalement dans la région gauche du crâne, mais débordant de 3 ou 4 centimètres la ligne médiane du côté droit.

Ses limites sont incertaines et irrégulières, la plaque étant entourée d'un archipel de petits îlots alopéciques arrondis. Sa surface n'est pas complètement glabre; on trouve disséminés, surtout dans les parties les plus récentes, des cheveux courts, clairsemés, disposés en îlots, crépus, et peut-être plus gros que sur le reste du cuir chevelu.

Près du sommet de la tête, et un peu à gauche, est une plaque, large de 4 ou 5 centimètres, irrégulière, tout à fait glabre, formant un relief notable et vaguement mamelonnée. La surface est nette-

ment dure et rénitente au toucher; de couleur rose un peu jaunâtre, parcourue par de nombreuses dilatations vasculaires, couverte d'un épiderme mince, tendu, pelure d'oignon. Ça et là, quelques croûtes jaunâtres, dues à l'extrême fragilité de l'épiderme.

Sur le reste de la région alopécique, et surtout en avant, le cuir chevelu est nettement atrophique, dur, tendu, déprimé, à peu près glabre et légèrement éraillé.

Toute cette région est bosselée de petits nodules durs, larges comme une lentille en moyenne, mais formant parfois des plaques plus grandes. Ces nodules sont légèrement saillants, en dôme, font corps avec le derme superficiel, présentant une teinte rose, parfois jaunâtre, avec quelques fines varicosités.

Ils s'égrènent assez loin dans les parties du cuir chevelu, en apparence intactes. Parfois, ils confluent pour former des plaques irrégulières et mal limitées, dures, légèrement bosselées, et reproduisant en petit tous les caractères de la plaque du vertex.

Ces lésions sont tout à fait indolentes quoique vivement prurigineuses.

Le côté droit de la poitrine est occupé par la cicatrice opératoire, longue de 12 centimètres, déprimée, couverte de quelques squames épaisses, adhérentes, entourée de télangiectasies radiodermiques.

À deux travers de doigts au dehors de la cicatrice est une plaque rougeâtre, grande comme une fève, bien limitée, un peu squameuse, d'une dureté cartilagineuse et faisant corps avec le derme superficiel, mobile sur les parties profondes.

L'aisselle droite contient de nombreux petits ganglions durs, que l'on ne retrouve pas dans l'aisselle opposée.

La région cervicale gauche présente de semblables ganglions durs et petits.

On pense à une métastase au cuir chevelu du cancer du sein et on pratique deux biopsies, portant, l'une sur la tumeur du sommet de la tête, l'autre sur le nodule de la poitrine qui est excisé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DES PIÈCES PRÉLEVÉES :

I. *Nodule prélevé sur la poitrine.* — L'épiderme est généralement intact, sauf en un point sur lequel nous reviendrons.

Tout le reste de l'épaisseur du derme est formé de gros faisceaux fibreux homogènes et presque vitreux, colorés par l'éosine, généralement entrelacés et dirigés parallèlement à la surface. Ils sont très serrés les uns contre les autres. Dans leurs interstices, virtuels, on voit, d'une part, un petit nombre de cellules conjonctives à noyau très allongé, d'autre part des cellules néoplasiques en grand nombre, caractérisées par leur volume. Leur noyau est volumineux, généralement ovalaire, avec une chromatine en réseau assez abondante, et parfois à nucléoles. Ce noyau, habituellement bien coloré, est entouré d'un corps protoplasmique de volume très irrégulier et généralement médiocre et mal limité. Il est formé de protoplasma granuleux, acidophile, de forme irrégulière. Ces cellules néoplasiques sont infiltrées dans toute l'étendue de la coupe, en traînées minces et ramifiées, formées de une ou deux rangées de cellules et s'effilant en pointe dans les interstices des trousseaux fibreux. Très souvent, elles sont isolées et dispersées dans le stroma.

Parfois, elles forment des amas un peu plus considérables, dans lesquels le stroma est moins abondant, et, dans ce cas, les cellules sont un peu dissociées par des espaces clairs, dus probablement à de l'œdème. On remarque le petit nombre de vaisseaux et l'absence complète de réaction du tissu.

Les cellules fixes sont rares, toutes allongées et fusiformes. Aucune infiltration de lymphocytes. Pas de cellules plasmatiques.

En général, l'infiltration respecte la couche sous-épidermique, mais, en un point, elle l'atteint, et, en ce point, l'épiderme, normal à la surface, a bourgeonné assez abondamment dans la profondeur, envoyant de longs prolongements minces, qui dégénèrent à leur extrémité et se perdent dans l'infiltrat néoplasique en se confondant avec lui.

Les cellules épidermiques perdent leurs filaments d'union ou se dissocient, et, graduellement, ne sont plus distinguables des trai-

nées cancéreuses. Il semble que des cellules épidermiques, infectées par le voisinage, ont pris la forme et l'allure des cellules cancéreuses.

Un autre fait très frappant est l'extrême abondance du stroma fibreux par rapport à l'infiltrat cancéreux.

II. *Biopsies faites sur le cuir chevelu.* — La structure est exactement la même que celle du nodule de la poitrine, mais le derme ou stroma conjonctif est formé de faisceaux beaucoup plus fins et moins vitreux.

Il n'y a pas davantage de réaction inflammatoire ou de défense. Pas d'infiltration lymphoïde ou autre. Les cellules néoplasiques ont exactement le même aspect, mais l'infiltration est, peut-on dire, plus menue. Elle est formée de boyaux plus minces, et même, dans une pièce, elle est presque exclusivement unicellulaire. Cette infiltration est, du reste, uniforme dans toute l'étendue et toute l'épaisseur de la pièce, bien que la biopsie ait été assez profonde.

Dans une coupe, on retrouve en un point le bourgeonnement de l'épiderme au voisinage d'un infiltrat particulièrement abondant et sa fusion avec le néoplasme.

Le laboratoire vient donc confirmer l'hypothèse de métastase au cuir chevelu du cancer du sein, et permet de poser un pronostic des plus sombres.

On institue immédiatement un traitement radiothérapique consistant en séance de rayons X de 8 à 10 H sous filtre d'aluminium de 5/10^{es}.

Les premières séances amènent une amélioration sensible, à tel point que, le 25 septembre 1924, tous les nodules du cuir chevelu ont disparu.

Entre temps, le 24 juillet 1924, on constate l'existence d'une récive locale, sur la cicatrice thoracique, constituée par trois nodules néoplasiques au-dessous de la cicatrice, un au-dessus et un autre à son extrémité, dans l'aisselle.

Ces nodules sont traités comme ceux du cuir chevelu.

Le 5 janvier 1925, on constate la disparition apparente des nodules traités, mais au prix d'une atrophie avec alopecie et induration de la peau avec ulcération radiodermique de 8-9 centimètres au vertex.

Pendant ce temps, il se fait une pullulation continue de petits nodules lenticulaires, saillants, durs, et de couleur ambrée, disséminés un peu partout sur le crâne.

La malade quitte alors le service, pour n'y revenir qu'après une longue absence, le 22 octobre 1925.

La cicatrice thoracique est en bon état, ne présentant qu'un seul nodule. Le cuir chevelu est entièrement dépilé avec atrophie cutanée. Le derme est dur, tendu, finement bosselé, avec teinte abricot, due à une infiltration néoplasique en nappe. L'ulcération de radiodermite existe toujours; un nodule, gros comme une demi-noisette, a fait son apparition sur la partie droite de la nuque.

L'état général est très précaire; les douleurs sont très vives, calmées seulement par la morphine.

On reprend le traitement radiothérapique, qui se montre de plus en plus inefficace.

L'éclosion de nodules continue, gagnant progressivement vers la périphérie. Le 27 mars 1926, la tête est complètement glabre.

En janvier 1927, les lésions s'étendent graduellement, et toujours de la même façon. Elles commencent par un semis de petits nodules durs, gros comme des petits pois, qui, isolés au début, se multiplient et se confondent en une nappe bosselée, dure, occupant toute l'épaisseur de la peau. Cette nappe ligneuse, avec sa bordure d'éléments isolés, descend sur le front jusqu'au voisinage des sourcils, sur les parties latérales de la face et du cou. La rigidité de la peau est telle que le maxillaire inférieur est complètement immobilisé et l'impossibilité d'écarter les mâchoires si peu que ce soit rend l'alimentation difficile. Les douleurs sont vives et continuelles, empêchant le sommeil, mais l'état général se maintient assez bon.

De janvier à juin, il se produit une extension progressive des lésions du crâne et de la face, en même temps que la cicatrice du thorax s'ulcère largement et qu'apparaissent des nodules nombreux, disséminés un peu partout sur le corps.

L'état général s'aggrave rapidement, et la mort survient le 3 juillet 1927 dans la cachexie la plus profonde.

Dans les derniers jours, une dose quotidienne de 18 centigram-

mes de morphine était absolument inefficace pour calmer les douleurs.

Autopsie. — Il existe, en dehors des nodules cutanés signalés plus haut, de nombreuses métastases viscérales (foie, reins, capsules surrénales, thyroïde). Elles paraissent d'apparition récente, ce qui explique leur manque d'expression clinique pendant la vie.

Voici donc une malade, opérée d'un cancer du sein, qui pouvait être considérée comme guérie.

La constatation de la nature maligne des nodules du cuir chevelu et de leur rapport avec la tumeur du sein permit de conclure à la dissémination du processus cancéreux et de poser un pronostic des plus sombres. Cette observation montre, en outre, qu'en pareil cas il n'est pas toujours rationnel de conclure, comme certains l'ont voulu, à la mort à très brève échéance, la malade ayant vécu plus de trois ans avec ses métastases.

Si le pronostic est toujours très sombre, la survie reste indéterminée.

Dans ce chapitre, nous nous sommes efforcé de ne citer que des observations présentant un intérêt à un des trois points de vue suivants : valeur séméiologique, valeur pronostique ou considération thérapeutique.

Nous en avons systématiquement écarté tous les cas qui peuvent être considérés comme une propagation locale pour ne retenir que les cas de métastase à distance.

Nous avons essayé de mettre en relief, au fur et à mesure de l'énumération, les particularités de chaque cas. C'est en jetant un coup d'œil d'ensemble que nous arriverons à établir un tableau général et à faire de la métastase cutanée une entité pathologique déterminée.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Si, maintenant, nous jetons un regard rétrospectif sur notre statistique, nous y trouverons suffisamment établie cette valeur séméiologique des métastases cutanées qui nous apparaîtra, alors comme certaine et précieuse.

Comme le fait très judicieusement remarquer M. Roussy, leur méconnaissance risque d'entraîner de grosses erreurs de diagnostic. Aussi, nous a-t-il paru utile d'en fixer rapidement la symptomatologie. Dans tous les cas que nous avons eus sous les yeux, c'est d'une façon tout à fait insidieuse qu'ont apparu les lésions cutanées. C'est tantôt un hasard de toilette qui les a faites découvrir par le malade lui-même; tantôt, au contraire, le médecin a été amené à en constater l'existence au cours d'un examen complet.

Il s'agit toujours de nodules de forme variable, arrondis le plus souvent, présentant les dimensions d'un grain de mil à celles d'une lentille, situés dans l'épaisseur de la peau elle-même ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Au début, ils ne modifient généralement en rien le relief de la peau et seule une palpation méthodique vient en révéler l'existence. Ce qui frappe, tout d'abord, c'est leur consistance ferme, fibreuse, qui les a fait comparer à des grains de plomb. Ils ne sont en général pas adhérents aux plans profonds, ainsi qu'en témoigne leur mobilité en tous sens. A cette période initiale, les téguments ne sont, le plus souvent, en rien modifiés, macroscopiquement tout au moins; parfois, cependant, il a été signalé une pigmentation plus ou moins intense de ces nodules. L'indolence est en général absolue.

Il arrive assez fréquemment que le médecin ne soit appelé à donner son avis qu'à une période plus avancée de la maladie, le malade n'attribuant tout d'abord qu'une importance très relative à son affection cutanée. Les nodules ont alors augmenté de volume; ils atteignent facilement les dimensions d'une noisette, d'une noix, rarement celles d'un œuf de poule. Leur consistance est toujours à peu près la même, quelquefois moins dure, mais ils sont devenus la plupart du temps douloureux. Leur adhérence aux plans profonds est alors manifeste, ainsi qu'à la peau qui les recouvre. Celle-ci prend peu à peu une coloration violacée, s'amincit pour devenir enfin le siège d'une ulcération néoplasique.

Pour la commodité de la description, nous adopterons une classification en trois périodes :

Première période: nodules mobiles;

Deuxième période: nodules adhérents aux plans profonds;

Troisième période: ulcération.

De ces trois périodes, seules les deux premières présentent un réel intérêt au point de vue séméiologique. Il est rare, en effet, que la troisième survienne avant la mort du malade; dans le cas contraire, elle est en général précédée par la révélation du cancer viscéral primitif dont les symptômes, jusqu'à là inexistant, viennent enfin s'imposer à l'observateur. L'ulcère néoplasique cutané n'est plus alors qu'un épiphénomène relativement banal.

Au cours de cette évolution, les nodules peuvent rester isolés les uns par rapport aux autres ou, au contraire, arriver à écouler pour former des amas en placards qui présentent tout à fait le type classique du « cancer en cuirasse ». C'est le cas de notre malade (Obs. XXII) dont le crâne était enserré dans un véritable casque d'une rigidité absolue, dont la jugulaire cancéreuse bloquait littéralement les maxillaires l'un contre l'autre, rendant l'alimentation extrêmement difficile.

Les douleurs étaient telles que, dans les derniers jours, une dose quotidienne de 18 centigrammes de morphine était absolument inefficace.

La localisation de ces lésions ne présente aucun caractère remarquable. Nous avons simplement constaté qu'elles paraissent prédominer nettement sur le thorax et la paroi abdominale antérieure; viennent ensuite les membres, le dos, le cuir chevelu. La face paraît la plupart du temps épargnée.

Au début, les ganglions sont le plus souvent indemnes, ce qui paraîtrait indiquer que la généralisation se ferait non pas par voie lymphatique rétrograde, comme certains auteurs l'ont prétendu, mais par voie sanguine. Ils ne tardent pas d'ailleurs à participer au syndrome et présentent alors tous les caractères du ganglion cancéreux sur lequel nous n'insisterons pas.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la métastase cancéreuse cutanée se présente avec une difficulté toute différente suivant les circonstances.

Dans un premier cas, il s'agit d'un malade qui se plaint de troubles viscéraux divers, assez vagues parfois, mais qui néanmoins sont précieux en ce qu'ils attirent l'attention du clinicien sur un appareil déterminé.

Nous n'envisageons évidemment pas les syndromes viscéraux classiques, qui conduisent par eux-mêmes au diagnostic au moins probable de tumeur maligne. Nous voulons simplement nous occuper de ces malaises légers qui ne font pas soupçonner la gravité de la lésion qui les provoque. En présence d'un cas de ce genre, la constatation de nodules cutanés présentant les caractères de ceux que nous avons décrits plus haut prend une signification singulièrement précise. Comment ne pas rapprocher les deux syndromes? Le diagnostic est alors très avancé; il reste à le vérifier au microscope.

Prenons comme exemple le malade de notre observation I. Il accusait des troubles dont la nature faisait penser à une pneumonie latente des vieillards. Ce n'est qu'en cherchant à asseoir cette hypothèse sur des données plus précises que l'auteur fut appelé à constater l'existence de petites nodosités dermiques. C'était là un élément nouveau qui devait modifier le diagnostic. S'agissait-il d'une lésion cutanée primitive sans rapport aucun avec le syndrome présenté par le malade, simple coïncidence banale en quelque sorte, ou, au contraire, d'un processus de dissémination à distance d'une tumeur profonde? L'hypothèse

d'un tumeur maligne primitive avec généralisation viscérale devait être écartée d'emblée, la chronologie des accidents ne permettant pas de s'arrêter à un tel diagnostic.

Dans un cas de ce genre, et bien qu'il soit le plus souvent impossible d'affirmer d'emblée le diagnostic, il nous paraît logique, toutes les fois que rien ne s'y oppose d'une façon formelle, de considérer ces lésions comme des métastases malignes et de n'abandonner cette opinion que lorsque le microscope en aura montré le mal-fondé.

C'est ce qu'a fait l'auteur de notre observation en considérant, dès le premier abord, les nodules cutanés comme de nature carcinomateuse et en les rapprochant, pour en faire des métastases à distance, du syndrome viscéral.

L'autopsie montra le bien-fondé de son point de vue. La biopsie, rendue impossible par la rapidité de l'issue fatale, eût apporté une preuve irréfutable.

Le microscope est, en somme, le seul moyen d'affirmer le diagnostic. La clinique, comme nous venons de le voir, nous mène plus ou moins loin sur le chemin de la solution; elle est le plus souvent impuissante à nous conduire au but. Il faut qu'à un certain moment nous fassions appel à l'aide du laboratoire. Nous serons appelé à revenir sur les indications que nous pouvons en attendre à la fin de ce chapitre.

En résumé, dans le cas que nous venons d'étudier, le diagnostic de la nature de ces formations cutanées et de leur origine se trouve très simplifié du fait de la coexistence d'un syndrome viscéral, même confus.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il est des cas où le malade vient consulter son médecin pour sa lésion cutanée, qu'il a découverte par hasard, ou parce que ces nodosités, qu'il connaît depuis quelque temps, deviennent gênantes par leur localisation ou leur volume. La question est alors plus délicate, car rien ne guide l'observateur. Il a affaire à une éruption dermique ou hypodermique qui présente une symptomatologie voisine de celle que nous nous sommes efforcé de préciser plus haut. Malheureusement, l'aspect de ces

nodules n'a rien de pathognomonique, et le diagnostic prend alors un aspect parfois très complexe. Disons tout de suite que, souvent, seule la biopsie sera susceptible d'éclairer la route.

Témoin l'observation II, due au Professeur W. Dubreuilh. Dans ses conclusions, se trouve cette phrase : « Ces nodules, durs, infiltrés et pigmentés de noir, me faisaient penser au sarcome primitif de la peau; mais la brusquerie de l'éruption et sa localisation m'empêchaient de m'arrêter à ce diagnostic, auquel je n'en avais pas cependant de meilleur à substituer. » La biopsie, pratiquée après la mort, montra qu'il s'agissait non pas d'un sarcome primitif, mais d'une métastase cutanée d'un cancer du col de l'utérus.

Malgré ces difficultés, on devra toujours essayer de se rapprocher cliniquement du diagnostic en restreignant autant que possible le champ des hypothèses. C'est dire que nous proposons la méthode par élimination. Une telle méthode, peu scientifique peut-être, mais qui a le mérite de correspondre à la réalité clinique, nous oblige à envisager l'une après l'autre toutes les tumeurs de la peau. Nous ne les grouperons pas d'après leur anatomie pathologique, comme elles le sont le plus souvent dans les traités, mais en considérant leur expression clinique.

Si nous considérons que le caractère le plus constant de la métastase cutanée, à la période de début tout au moins, est la dureté, nous pouvons d'emblée nous débarrasser de toutes les tumeurs molles. C'est d'ailleurs là un travail le plus souvent inconscient pour un observateur tant soit peu averti.

C'est dire que nous ne nous arrêterons pas à l'étude détaillée des lipomes, des mixomes, des xanthomes ou des fibromes mous du genre *molluscum*.

Une tumeur molle ne peut pas être une métastase cancéreuse. Le groupe des tumeurs dures de la peau comprend un certain nombre de lésions qui peuvent donner le change.

Des métastases cancéreuses cutanées ont parfois été prises pour des *cysticerques de la peau*. Témoin l'observation suivante :

OBSERVATION XXIV.

(Ch. FERNET, *Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac*. [France médicale, 1888, p. 4686].)

C., 49 ans, entre à l'Hôpital Beaujon, le 9 mai 1888, pour des troubles survenus après un violent traumatisme de la région épigastrique le 12 mars de la même année; il s'en était suivi une hématomèse abondante. Depuis, les digestions sont difficiles, s'accompagnant de douleurs vives à l'estomac. Par la suite, amaigrissement rapide. L'hématomèse ne s'est jamais répétée. Jamais de mélèna.

Actuellement, douleurs continues à l'épigastre, intolérables après les repas, surtout après l'ingestion de viande. Il y a quelques vomissements glaireux ou alimentaires.

Rien d'anormal à la palpation de l'estomac. Pas de ganglions sus-claviculaires.

Diagnostic probable : Ulcère simple de l'estomac.

Le malade quitte l'hôpital un mois plus tard, légèrement amélioré.

Le 20 septembre, il revient très amaigri, présentant des douleurs gastriques intolérables et des vomissements continuels. Ni hématomèse ni mélèna.

Depuis une dizaine de jours, il a remarqué qu'il se formait de petites nodosités sous la peau de l'abdomen.

L'examen de l'estomac est toujours négatif.

Nous examinons avec soin les petites tumeurs sous-cutanées. Elles sont au nombre de sept ou huit sous la peau de l'abdomen. On en trouve quelques autres sur le dos et la partie antérieure du thorax. Elles sont grosses comme un pois ou une lentille, de consistance dure, et lisses à leur surface. Elles sont bien limitées, à contours nets, indolentes; la plupart roulent sous le doigt et paraissent n'adhérer ni à la peau ni aux muscles sous-jacents. Quelques-unes sont enchassées dans la partie profonde du derme, d'autres dans les muscles de la paroi abdominale.

Le diagnostic de cancer de l'estomac généralisé à la peau, envisagé pendant mon absence, me parut bien incertain (Hématémèse unique, pas de méléna; examen de l'estomac négatif).

J'en vins à me demander s'il ne s'agissait pas d'un cas de ladrerie et si les petites tumeurs n'étaient pas formées par des cysticerques.

Je leur trouvais une grande analogie avec celles que j'avais observées il y a quelques années dans un cas de ce genre.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien d'un cancer. Les petites tumeurs étaient composées d'amas de cellules embryonnaires logées dans des alvéoles dont les parois étaient riches en fibres élastiques.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un énorme cancer de l'estomac généralisé au péritoine et au péricarde.

L'auteur insiste ensuite sur la rareté de la localisation des métastases cancéreuses au tissu cellulaire sous-cutané dont il ne connaît pas d'autres exemples.

Cependant, trois mois plus tard, il constata un deuxième cas semblable (note sur un deuxième cas de carcinose miliaire sous-cutanée, *France médicale*, 1889, p. 325).

Netter signale qu'il fit un jour la même erreur de diagnostic.

Les nodules de ladrerie sont en effet de petites tumeurs plus ou moins nombreuses, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, globuleuses, parfois franchement dures, plus souvent de consistance élastique, rénitentes par suite de la présence d'une masse liquide à leur centre. La peau ne change jamais de coloration à leur niveau. Comme on le voit, ce tableau présente quelques analogies avec celui de la métastase cancéreuse. Cependant, la consistance élastique et rénitente devra faire soupçonner une tumeur à contenu liquide et la ponction exploratrice lèvera les doutes qui pourraient persister.

Les *gommessyphilitiques et tuberculeuses*, chacune avec ses caractères propres, se présentent à leur début sous la forme de petites nodosités dures. Mais elles se ramollissent très rapidement, en l'espace de quelques semaines tout au plus, et pré-

sentent une grande tendance à adhérer à la peau qui prend précocement une coloration violacée, s'amincit et s'ulcère. Cette évolution rapide, rapprochée d'antécédents bacillaires ou syphilitiques ne permettra pas la persistance d'un doute.

Il sera facile de diagnostiquer les *nodosités rhumatismales* qui sont de petites tuméfactions intradermiques ou sous-dermiques, de la grosseur d'un poids à celle d'une noisette, dures, bien limitées. Elles sont souvent légèrement douloureuses, quelquefois simplement à la pression. Mais leur particularité réside surtout dans leur durée éphémère; elles disparaissent en quelques heures ou quelques jours tout au plus.

L'*érythème induré de Bazin* est caractérisé par l'éclosion de petits nodules durs, hypodermiques, siégeant le plus souvent aux membres inférieurs. Leur apparition est brusque en général et ils progressent rapidement vers la surface de la peau qui prend une coloration rouge franc ou rouge violacé caractéristique.

Les *kystes épidermiques* peuvent prêter à confusion. Le *kyste sébacé* sera en général facilement reconnu. Son siège de prédilection à la face et au cou, l'extrême rareté de sa localisation au cuir chevelu, la présence de comédons et la constatation d'un orifice par où s'écoule à la pression un contenu graisseux, sont autant de particularités en sa faveur.

Une métastase creusée de cavités à contenu liquide (Obs. XXI) siégeant au cuir chevelu ou à sa limite, peut en imposer pour une *loupe*. Dans ce cas, les deux sortes de tumeurs présentant la même consistance et la même évolution lente, le diagnostic ne sera guère possible qu'au microscope.

Les *sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy* sont des tumeurs de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, dures, à contours mal limités, mobiles sur les plans profonds, mais la plupart du temps adhérent à la peau qui prend à leur niveau une coloration lilacée. Elles siègent dans les flancs, le dos, plus rarement aux membres, presque jamais à la face. Leur évolution est lente et se fait chez des sujets jouissant d'une bonne santé, des femmes en particulier, vers l'âge de 30 ans.

L'état général n'est pas atteint et les ganglions restent intacts. C'est surtout cette évolution d'aspect bénin qui les distinguera dès l'abord des nodosités néoplasiques qui surviennent chez des sujets déjà affaiblis par la diatèse cancéreuse.

Les *myomes de la peau* ou *dermatomyomes* se présentent sous forme de tumeurs plus ou moins nombreuses, qui peuvent être localisées ou généralisées. Elles sont intracutanées, dures, parfois très volumineuses. Leur évolution est très lente. Deux signes cliniques permettent de les reconnaître : la douleur à la pression et la douleur paroxystique réveillée par le contact de l'air froid. Au point de vue histologique, ils présentent tous les caractères des *léiomyomes*, dans lesquels le tissu conjonctif entre pour une part variable, ce qui explique leur différence de consistance suivant les cas (*fibromyomes*).

Les *rhabdomyomes* ne font pas partie de la pathologie cutanée. Néanmoins, ils peuvent être parfois perçus à la palpation, sous la peau des membres par exemple. Mais ils sont alors en contact avec les muscles sous-jacents.

Dans la catégorie des tumeurs à tissu fibreux, il peut exister des *fibromes durs de la peau*, bien que cette affection soit assez rare. Le microscope indiquera leur nature.

Plus fréquents sont les *molluscum* du type *pendulum* ou *fibreux*. Leur consistance molle évitera de les confondre. C'est dire que la *neurofibromatose généralisée* ou *maladie de Recklinghausen*, dont les *molluscum* constituent les principaux éléments, ne retiendra pas longtemps notre attention. Cependant, à côté de ces tumeurs cutanées molles, existent des tumeurs nerveuses plus dures, qui peuvent parfois prédominer nettement. Leur situation sur le trajet d'un nerf et la coexistence d'autres éléments du syndrome feront le diagnostic.

Au point où nous en sommes arrivé, nous sommes en mesure d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur bénigne. Une question reste encore à résoudre : sommes-nous en présence d'une tumeur maligne primitive ou d'une localisation secondaire ? La réponse à une telle question n'est pas toujours facile. Dans l'observation II, le Professeur W. Dubreuilh insiste sur les

ressemblances que présentaient, dans ce cas particulier, les métastases cutanées avec le sarcome primitif de la peau. Cependant, la localisation des lésions l'empêchait de s'arrêter à ce diagnostic.

Le *sarcome pigmentaire multiple idiopathique de Kaposi* se caractérise par son début au niveau des extrémités et la coloration violacée, parfois bleuâtre de ses éléments, qui peuvent être très nombreux. Les ganglions sont en général indemnes.

Le *sarcome hypodermique nodulaire de Perrin* débute, par contre, en un point quelconque du corps. La peau est violacée lorsqu'elle adhère au nodule. L'évolution est très lente et les ganglions sont intacts. L'aspect de ces éléments se rapproche beaucoup de celui des nodules carcinomateux métastatiques souvent légèrement pigmentés. L'examen histologique sera souvent nécessaire pour trancher la question.

Il nous reste maintenant à envisager le groupe des tumeurs malignes épithéliales.

Nous ne nous occuperons pas longtemps des *nævocarcinomes*, qui ne peuvent guère prêter à confusion par suite de la préexistence de lésions næviques, de précancérose, qui sont la règle.

L'*ulcus rodens* au stade de nodule présente une symptomatologie assez précise pour que toute possibilité d'erreur soit écartée. Son siège d'élection au visage, où l'on ne constate pour ainsi dire jamais de nodules métastatiques, son aspect perlé, son extension graduelle alors que son centre se déprime, en font une entité bien caractérisée.

Le *cancroïde* se caractérise par son évolution rapide et grave, son ulcération précoce et l'intensité de la réaction ganglionnaire. Au stade de tubercule, son sommet verruqueux présente une coloration grisâtre.

A vrai dire, lorsque aucun syndrome viscéral ne vient mettre l'observateur sur la voie, le diagnostic de la métastase cancéreuse cutanée est le plus souvent un diagnostic de laboratoire. C'est, en effet, l'examen microscopique qui révélera la véritable identité de la tumeur.

Diagnostic histologique. — Le caractère essentiel de ces formations, c'est la coexistence des signes de malignité (anarchie cellulaire, figures de mitose) avec une intégrité remarquable des éléments épidermiques de la peau. Les follicules et les glandes n'y sont pas en connexion avec les masses néoplasiques, qui sont groupées en îlots dans l'épaisseur du derme. On a l'impression très nette qu'il s'agit de formations parasites. Un autre caractère important de ces lésions, c'est qu'elles présentent les mêmes caractères cytologiques que la tumeur originelle, ce qui permettra de présumer de la localisation de cette dernière.

Pour une description plus précise, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur au compte rendu anatomo-pathologique détaillé de notre observation XXIII, dû à M. le Professeur W. Dubreuilh.

CHAPITRE V

VALEUR SEMEIOLOGIQUE

Nous avons assez insisté sur cette valeur séméiologique aux différentes étapes de cette étude, pour qu'il nous soit permis d'être bref.

La constatation de tels accidents chez un sujet présentant un syndrome viscéral, même confus, nous renseignera sur la gravité et la nature de la lésion qui le provoque.

Dans le cas où le malade n'accusera aucun malaise, ce qui arrive parfois, l'éruption de ces nodosités nous incitera à rechercher méthodiquement des signes légers parfois, auxquels le malade n'aura attribué aucune importance, mais que nous pourrons lui faire préciser en attirant sur eux son attention.

Dans les cas douteux, les résultats de l'examen microscopique nous rendront plus affirmatifs.

Il est bon de se rappeler que la tumeur primitive se trouve dans 50 p. 100 des cas au niveau de l'estomac. Viennent ensuite, par ordre de fréquence : le rectum, l'utérus, le poumon. Toutefois, tous les épithéliomas sont susceptibles de se généraliser à la peau.

Si le cancer du sein est rare dans notre statistique, c'est qu'il s'agit souvent d'extension locale plutôt que de métastase à distance.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

La métastase à la peau constitue un précieux élément de pronostic. Elle traduit, en effet, la généralisation intense du processus cancéreux. Dans les rapports d'autopsie de toutes nos observations, nous avons été frappé par le nombre toujours considérable des localisations viscérales. Nous n'irons cependant pas si loin que certains auteurs qui ont voulu fixer à quelques semaines ou quelques mois tout au plus après la constatation du premier nodulè la date de la mort.

Dans notre observation XXIII, en effet, la malade vécut pendant quatre années avec ses lésions cutanées. Nous admettons toutefois que c'est là la limite extrême. Cette longue survie paraît trouver son explication dans le fait qu'on ne trouva, à l'autopsie, que des localisations viscérales relativement récentes. La métastase cutanée, à l'encontre de ce qui se passe d'habitude, avait été la première lésion de généralisation. Sa valeur pronostique n'en était d'ailleurs en rien diminuée; sa constatation nous permit d'affirmer de très bonne heure une issue fatale, bien qu'il s'agisse d'une femme débarrassée depuis sept ans de son sein cancéreux et n'ayant jamais présenté, ni récurrence locale, ni métastase viscérale, et pouvant, par conséquent, être considérée comme définitivement guérie.

Loin de nous l'idée de vouloir attribuer à la métastase cutanée une valeur pronostique différente de celle des autres localisations secondaires. Nous nous bornons simplement à remarquer que sa situation superficielle permet de la constater plus précocement, à une période où les métastases viscérales n'ont souvent pas encore d'expression clinique précise, et d'en pratiquer facilement la biopsie.

En résumé, la constatation de métastases cancéreuses cutanées équivaut à un arrêt de mort à brève échéance.

CHAPITRE VII .

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Quelle est donc la conduite à tenir en présence de telles lésions ?

Certains auteurs ont tenté l'exérèse des métastases, lorsque leur nombre le permettait.

D'autres ont voulu intervenir sur la tumeur primitive.

L'une et l'autre de ces attitudes nous paraît dénuée de fondement.

Enlever des métastases dans un but thérapeutique, c'est faire subir au malade une intervention fastidieuse pour courir à un échec certain. Des récidives locales se produisent dans la plupart des cas tandis que la dissémination des cellules néoplasiques se poursuit impitoyablement (Obs. VI).

Intervenir sur la tumeur primitive alors qu'il existe en quelque sorte une scepticémie cancéreuse, c'est s'exposer à se trouver en face d'une lésion très étendue, le plus souvent absolument inopérable, opération qui ne pourra être que très préjudiciable au malade (Obs. XXI).

Car, dans le cas qui nous intéresse, il nous paraît certain que l'acte chirurgical, qu'il s'adresse à la métastase ou à la tumeur primitive, va donner un coup de fouet à la maladie.

La seule circonstance susceptible d'armer la main du chirurgien est l'opération palliative d'urgence, en cas de complications menaçant la vie, occlusion intestinale ou sténose serrée de l'œsophage par exemple. Dans toute autre circonstance, le bistouri s'est montré inutile, nuisible même. On a parfois invoqué, au stade d'ulcération, la nécessité d'une opération

dite de propreté. Elle ne nous paraît pas avoir, elle non plus, d'indications inférieures.

Mieux vaudra, dans tous les cas, essayer de « faire fondre » les tumeurs par la radiothérapie ou la diathermo-coagulation dans les cas de tumeur localisée.

Quels résultats pouvons-nous attendre de ce traitement ? Certainement pas la guérison. Ce n'est pas une raison suffisante pour le dédaigner. Bien conduit, il est susceptible de juguler pendant un temps plus ou moins long l'évolution des nodules, de les faire disparaître souvent, et de procurer ainsi au malade des périodes de répit plus ou moins étendues.

Il faut savoir se contenter de ce résultat, médiocre à vrai dire, et ne pas demander à un traitement plus qu'il ne peut donner. Nous ne demandons qu'à l'abandonner pour en adopter un qui possède des vertus curatives, ce qui sera peut-être la grande découverte de l'avenir.

CONCLUSIONS

I. — Les métastases cutanées ont une valeur séméiologique certaine et précieuse dans le diagnostic des cancers viscéraux:

- a) Elles soulignent la malignité de l'affection;
- b) Elles en indiquent la nature épithéliale ou conjonctive;
- c) Elles permettent souvent de localiser la tumeur primitive.

II. — Elles sont en même temps un élément de pronostic très sombre.

III. — Elles contre-indiquent toute intervention directe sur elles-mêmes ou sur la tumeur primitive. Seule l'intervention palliative d'urgence conserve ses droits. Elles sont uniquement justiciables d'un traitement radiothérapique.

Vu: *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. PETGES.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 26 février 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNING. — *Deutsche Medizin Wochenschrift*, 1912, t. II, p. 1666.
- BABES (V.) et STOICESCO (G.). — Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées. *Progrès médical*, 1895, n° 8, p. 113.
- BOINET et OLMER. — Pleurésie cancéreuse secondaire à prédominance fibreuse. *Revue de médecine*, 1903, p. 717 et 869.
- BOURQUELOT (H.). — Des généralisations extra-thoraco-abdominales du cancer de l'estomac. Thèse Paris, 1909-1910.
- BRANDEIS (R.) et POUGET. — Tumeurs cutanées pulsatiles du type péri-théliome secondaire à une tumeur du rein. *Annales de dermatologie*, 1910, p. 506.
- BRIEGER. — *Charité Annalen*, 1881, t. VIII, p. 109-118.
- CHAILLOUS (J.). — Epithélioma des capsules surrénales avec noyaux secondaires à la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, p. 931.
- CONHEIM (J.). — *Archiv für pathologische anatomie und physiologie und für Klinische Medizin*, 1867, t. XXXVIII, p. 142.
- CROUZON (O.), BARÜK (H.) et BUREAU (J.). — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 6 janvier 1927.
- DAHMS-WILHELM. — Ein carcinom des Pancreas mit ungewöhnlicher Généralisation. Thèse Würzburg, 1902.
- DAUS (S.). — Über sekundäre Hautkresbe. *Archiv für pathologische anatomie und physiologie und für Klinische medizin*, 1907, t. CXC, p. 196.
- DARIER (J.). — Article sur les tumeurs. *La pratique dermatologique* (Besnier, Brocq et Jacquet), t. IV.

- DUBREUILH (W.). — Carcinose cutanée aiguë. Thrombose des sinus de la dure-mère. Autopsie : Cancer latent de l'utérus; généralisation viscérale, ganglionnaire et cutanée; calcification des capsules surrénales, hydronéphrose. Thrombose du sinus longitudinal supérieur. Ramollissement hémorragique du cerveau. *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 juin 1889, p. 544.
- FAROY (G.). — Linite plastique cancéreuse. *Bulletin de la Société anatomo-clinique de Paris*, 1909, p. 75.
- FERNET (Ch.). — Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac (Carcinose miliaire sous-cutanée). *France médicale*, 1888, p. 1686.
- Note sur un second cas de carcinose miliaire sous-cutanée. *France médicale*, 1889, p. 325.
- FILLIÉ. — *Dermatologisches Wochenschrift*, 1914, p. 676.
- FRANK (Eduard). — Ueber Carcinombildung der Bauchnarbe nach ovariectomien. *Prager med. Wochenschrift*, 1891, p. 255.
- GOEBELL. — Ein Bauchwandcarcinom der Regio épigastrica. *Deutsche zeitschrift für chirurgie*, 1899, t. V, p. 347.
- GOUGET (A.). — Sarcomatose sous-cutanée multiple. *Leçons de clinique médicale*, 1909-1910, p. 346.
- HANOT (V.). — Cancer colloïde généralisé. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1873, p. 453.
- HEIMANN. — Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Häufigkeit ihres Vorkommens an den einzelnen Körpertheilen und ihrer chirurgischen behandlung. *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. LVII, p. 911; t. LVIII, p. 31.
- JAPHA (A.). — Ueber Primären Lungenkrebs. Thèse Berlin, 1892.
- KAYSER. — Ueber einen in pathologisch-anatomischer und Klinischer Hinsicht bemerkenswerten Fall eines Dickdarm carcinoms mit ovarialmetastasen und ausgedehnter carcinomatöser Erkrankung der Haut (cancer en cuirasse). *Archiv. für Gynaekologie*, 1903, t. LXVIII, p. 576.
- KRASTING. — Beitrag zur Statistik und Kasuistik metastatischen tumoren. *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1906, p. 315.
- LAPORTE (O.). De la carcinose miliaire aiguë. Thèse Paris, 1864.

- LANCEREAUX (E.). — Carcinome colloïde du péritoine. Atlas d'anatomie pathologique, 1871.
- LAACHE (S.). — Ueber einigen metastatischen Hauttumoren. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, 1913, t. LXXVII, p. 209.
- LEBOSSÉ (J.). — Les métastases sous-cutanées dans le cancer épithélial. Thèse Paris, 1886.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. VII.
- LEJARS (M.). — Cancer primitif de l'appendice. Récidive et généralisation rapides. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1903, p. 96.
- LEREBoullet (P.). — Cancer du rectum. Noyau secondaire de la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1899, p. 542.
- LÉVI (Ch.). — Gros nodule épithéliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'œsophage généralisé. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897, p. 701.
- LIouVILLE (M.). — Cancer de l'estomac généralisé aux séreuses et à la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874, p. 42.
- LUSTGARTEN. — Ein multiples lenticulaeres metastatisches carcinom der Haut. *Archiv. für dermatologie und Syphiligraphie*, 1897, t. XLI, p. 112.
- MANUEL (E.). — Uber maligne ovarialtumoren mit bildung von Primordialeiern. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1893, t. XXII, p. 68.
- MAZAND (E.). — Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral. Thèse Paris, 1877.
- MÉNÉTRIÉ (P.) et CLUNET (J.). — Contribution à l'étude de la radiothérapie des cancers épithéliaux. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1908, t. XX, p. 159.
- MERKLEN (M.). — Cancer de l'estomac généralisé. Noyaux cancéreux dans les viscères, les muscles et la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876, p. 457.
- MIRALLIÉ. — Cas de cancer de l'estomac avec généralisation secondaire à l'ombilic. *Gazette médicale de Nantes*, septembre 1888.

- MOREAU (A.). — Diathèse cancéreuse. Fracture du col du fémur. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1842, p. 130.
- QUÉNU (E.). — Chirurgie du rectum, t. II, p. 137.
- REDLICH. — Die Sektionstatistik des carcinome am Berlin Staedtl-liche Krankhaus a Urban nebst Kasuistischen Beitræegen. *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1907, t. V, p. 261.
- REGNAULT (O.). — Coexistence de cancer généralisé et de kyste hydatique du foie. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1887, p. 728.
- RÖSELER (A.). — Ein Fall von multiplen Hautcarcinom Virkow's *Archiv*, 1879, t. LXXVII, p. 372.
- SAENGER (A.). — Ueber Hirnsymptome bei carcinamatose. *Neurologisches centralblatt*, 1901, p. 1089.
- SIMON (L.-G.). — Cancer du rectum généralisé à la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1900, p. 211.
- REITMANN (Karl). — *Archiv. für Dermatologie und Syphiligraphie*, 1908, t. XC, p. 351.
- STROPENI. — Klinische und histopathologische beobachtungen an einem intra vitam diagnostizierten Fall von bronchialem adenocarcinom mit Hautmetastasen. *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1910, t. IX, p. 1.
- VIDAL. — Cancer ulcéré de l'estomac. Noyaux secondaires à la peau. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1853, p. 90.
- WAGNER. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1893, t. XXVII, p. 68.

